



**ACADÉMIE  
DE LYON**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

Direction des services départementaux  
de l'éducation nationale  
de l'Ain

Promotion de la santé en faveur des élèves

## AUTORISATION DE TRANSFERT DE DOSSIER MEDICAL

La loi n°2002-303 du 4 mars 2002 stipule que toute transmission de données médicales d'un médecin à un autre médecin doit faire l'objet d'une autorisation préalable du patient (ou de son représentant légal).

Le dossier médical scolaire de votre enfant doit le suivre durant toute sa scolarité. Son transfert sous-pli confidentiel est soumis au principe d'autorisation.

A cet effet, il est nécessaire de retourner ce document dûment complété et signé par vos soins.

Je soussigné(e), représentant légal de l'enfant :

NOM Prénom (de l'élève): ..... Date de naissance de l'élève |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

autorise le transfert du dossier médical scolaire de mon enfant (ou pupille) à l'infirmière scolaire de l'établissement, durant toute sa scolarité.

Responsable légal 1 <i>(date et signature)</i>	Responsable légal 2 <i>(date et signature)</i>	Tuteur(tutrice) <i>(date et signature)</i>
---	---	---

### ***Établissement où est inscrit l'élève***

Classe : .....

**COLLÈGE DE BROU**  
21, quai Henri Groboz  
01000 BOURG EN BRESSE  
Tél. 04 74 45 51 00  
E.mail : ce.0010823p@ac-lyon.fr

### ***Établissement d'où vient l'élève***

Nom : .....

Adresse : .....

.....

.....

Classe : .....

### **CADRE RESERVE AU SERVICE MEDICO-SCOLAIRE**

Réponse du service de santé scolaire. Date de la réponse : .....

En retour {  Dossier complet       Dossier incomplet       Dossier non retrouvé  
 Élève non inscrit à l'école indiquée  
 Autres raisons de non-envoi : .....